

11217 26  
31

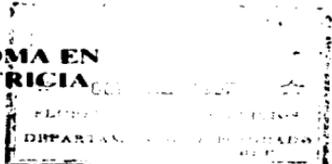
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL DE LA MUJER  
SECRETARIA DE SALUD**

**QUISTE DEL CONDUCTO DE REVISION DE 5 AÑOS  
HOSPITAL DE LA MUJER**

**S. S. A.  
"HOSPITAL DE LA MUJER"  
SECRETARIA DE ENSEÑANZA MEDICA**

**TESIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**PRESENTA**

**DR. JOSE MARTIN HILTON CACERES**

**ASESOR. DR. ESTEBAN GARCIA.**

**MEXICO D.F. 1997**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION.....	3
ANTECEDENTES.....	8
HIPOTESIS.....	10
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGIA.....	12
RESULTADOS.....	14
GRAFICAS Y FOTOGRAFIAS.....	17
DISCUSION.....	21
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

## **INTRODUCCION**

### **APARATO GENITAL : DESARROLLO NORMAL.**

El sexo del embrión es regido genéticamente al ocurrir la fecundación; sin embargo, las gónadas adquieren características morfológicas masculinas o femeninas solo hasta la séptima semana del desarrollo.

La primera manifestación de las gónadas se aprecian en el embrión de cuatro semanas de edad, en forma de un par de eminencias longitudinales llamadas pliegues o crestas gonadales o genitales, que crecen o se forman a cada lado de la eminencia media entre el mesonefros y mesenterio dorsal. Se forman por proliferación del epitelio celómico y condensación del mesénquima subyacente.

En embriones humanos y mamíferos las células germinativas primordiales aparecen en etapas tempranas del desarrollo, y en periodo inicial se sitúan en la pared del saco vitelino cerca de la alantoides.

En la sexta semana del desarrollo, las células germinativas primordiales invaden los pliegues genitales; en caso de no llegar a estos últimos, las gónadas no se desarrollan y la disgenesia gonadal es un síndrome plenamente comprobado en la mujer.

Por ello las células germinativas primordiales tienen influencia inductora sobre el desarrollo de la gónada en ovario de la gónada en ovario y testículo.

## **PERIODO INDIFERENCIADO.**

Poco antes de la llegada de las células germinativas primordiales, y durante la misma, el epitelio celómico del pliegue gonadal prolifera y las células epiteliales, se introducen en el mesénquima subyacente, en el cual forman varios cordones irregulares los cuales se llaman cordones sexuales primordiales invasores. En embriones masculinos y femeninos, estos cordones están unidos al epitelio de la superficie, y en esta etapa del desarrollo es imposible diferenciar entre las gónadas del varón y la mujer. En consecuencia, la gónada se denomina indiferente.

En la sexta semana de vida intrauterina, los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos genitales :

- 1.- Conductos mesonéfricos o de Wolff, que van desde el mesonefros hasta la cloaca.
- 2.- Conductos paramesonéfricos o de Müller, neoformados, que siguen un curso paralelo a la de los conductos de Wolff.

El conducto de Müller o paramesonéfrico nace a manera de invaginaciones longitudinales del epitelio celómico en la cara anterolateral del pliegue urogenital. En la porción craneal, el conducto desemboca en el celoma por virtud de una estructura infundibuliforme ; en dirección caudal primero se sitúa por fuera del conducto mesonéfrico, pero después lo cruza ventralmente y se desarrolla en dirección

caudal e interna. En la línea media, se pone en íntimo contacto con el conducto de Müller del lado contralateral ; es etapa inicial, los conductos están separados por un tabique, pero ulteriormente se fusionan y forman el conducto uterino. El tabique entre los conductos pueden persistir largo tiempo ; el extremo caudal de los conductos combinados sigue creciendo en dirección caudal hasta ponerse en contacto con la pared posterior del seno urogenital. Dentro del seno, los conductos de Müller producen un pequeño abultamiento llamado tubérculo de Müller. Los conductos de Wolff desembocan en el seno urogenital en los lados del tubérculo de Müller.

Según el sexo del embrión, alcanzan desarrollo completo los conductos de Wolff ó de Müller. Si el embrión es masculino, el conducto de Wolff forma el conducto genital principal (conductos deferente), y el conducto de Müller desaparece casi por completo ; sin el embrión es femenino, el conducto de Müller alcanza el desarrollo completo y forma los oviductos y el útero ; y el conducto de Wolff desaparece, con excepción de algunos vestigios.

El conducto de Müller se convierte en el conducto genital principal en la mujer. En ésta etapa inicial se identifican tres porciones :

- 1.- Porción craneal que desemboca en el celoma.
- 2—Porción horizontal que cruza el conducto de Wolff

### 3.- Porción caudal vertical que se fusiona con la del lado opuesto.

Al descender el ovario, las dos primeras porciones se convierten en el oviducto o trompa de Falopio. El curso de la segunda parte del conducto de Müller tiene efecto notable sobre la posición de las estructuras de la pelvis. Cuando sigue dirección caudal e interna, los pliegues urogenitales cambian de posición y poco a poco se sitúan en plano transversal. Cuando los conductos de Müller se unen en la línea media, se crea un repliegue pélvico transversal ancho; éste repliegue se extiende desde las porciones externas de los conductos fusionados de Müller hasta la pared pélvica, se llama ligamento ancho del útero; en el borde superior está la trompa de Falopio, y en la superficie posterior se encuentra el ovario.

Hay confusión acerca del origen de la vagina humana. Se consideraba que el conducto uterino, antes llamado conducto útero-vaginal, originaba el útero y toda la vagina. Se descartó esta noción al observar que las evaginaciones macizas de la pared posterior del seno urogenital experimentan canalizaciones, y de ésta manera participaban en la formación de la vagina. La tercera teoría hoy no muy bien aceptada anuncia que la vagina proviene por completo del seno urogenital.

El interior de la vagina permanece separado del interior del seno urogenital por virtud de una lámina delgada llamada himen, que consiste en el revestimiento epitelial del seno y una capa delgada del mesodermo.

Aunque la mujer el sistema mesonéfrico no tiene participación alguna, en la adulta pueden encontrarse algunos restos de los tubos excretores y una pequeña porción del conducto mesonéfrico; están situados en el mesoovario, donde forman el epoóforo. Los tubos mesonéfricos de situación más caudal forman un resto llamado paraoóforo. El conducto de Wolff desaparece, excepto una pequeña porción craneal que se presenta en el epoóforo y a veces una pequeña porción caudal, que en etapa ulterior de la vida puede producir un quiste llamado de Gartner, en la pared posterior o lateral de la vagina.

**ANTECEDENTES :**

El desarrollo normal del tracto genital femenino, depende de la completa interacción entre los factores genéticos, hormonales y ambientales, para la propia diferenciación de los conductos müllerianos, de Wolff y además del seno urogenital. La interacción de éste balance puede resultar una amplia gama de anomalías del tracto reproductivo. Como lo pueden ser por mencionar algunas : himen imperforado, agenesia vaginal, agenesia cervical, útero didelfo, útero bicornes, tabiques vaginales completos e incompletos, útero unicornes con obstrucción ó sin ella, anomalías urológicas y renales asociados, entre otras.

En la pared vaginal no debe existir glándulas, pero en ocasiones se han visto procedentes de restos embrionarios o cicatriciales de epitelio vaginal ; también puede observarse un tejido heterotópico del cuello uterino. Estas glándulas, de tejido cilíndrico, pueden quedar revestidas de epitelio pavimentoso estratificado vaginal y formar quistes, deben surgir a partir de restos del conducto de Müller pero no alcanzan gran tamaño ni producen muchas sustancias.

El conducto de Gartner no es más que los restos del conducto de Wolff que siguen un curso descendente por las paredes laterales del útero y la vagina hasta el himen. En el tercio inferior de la vagina el conducto de Wolff se hace anterior.

Los quistes del conducto de GARTNER que pudieran ser múltiples o únicos siguen la línea de ubicación de éste, son elásticos, forman un repliegue en la vagina de tamaño variable y contienen un líquido claro o ligeramente amarillo. Producen poca sintomatología y las molestias son más bien de orden mecánico: si alcanzan gran tamaño pueden dar dispareunia, o disuria cuando crecen hacia la vejiga. El tratamiento consiste en la resección de la zona que hace prominencia en la pared vaginal lo cual se logra con facilidad abriendo esta última hasta llegar a la pared propia del quiste para terminar con una pinza de anillos o de Allis, disecarlo, extraerlo y cerrar el lecho después de hacer una buena hemostasia.

Existe una teoría acerca de estos quistes durante la gestación; no se sabe si por acción estrogénica o de alguna otra hormona que durante la gestación se incrementa, los quistes de Gartner crecen de manera impresionante causando la sintomatología antes mencionada. Del mismo modo experimentan regresión, en ocasiones al tamaño que tenían antes del embarazo o en raros casos, a ser un poco de menor medida. Se han reportado dos casos de ellos en la literatura.

También se han encontrado casos reportados en la literatura mundial e asociaciones de estos quistes con otras malformaciones del aparato urinario, como uréter, riñones, etc.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con el propósito de evaluar las alteraciones del tracto genital femenino, específicamente vaginal, se comunica el resultado de un estudio realizado en el Hospital de la Mujer durante un lapso de cinco años.

¿ Son los quistes del conducto de Gartner, como malformaciones de la vagina, neoformaciones que pueden alterar la flora bacteriana propia de la vagina, ocasionar trastornos urinarios o presentarse como problema para el desarrollo pleno de una relación sexual por estar presente en la parte femenina del coito ?.

## **HIPOTESIS**

Los quistes del conducto de Gartner, son malformaciones vaginales poco frecuentes, asintomáticos y encontrados como hallazgos en una exploración ginecológica.

## **OBJETIVOS**

- 1.- Conocer la incidencia de los quistes del conducto de Gartner, con respecto a otras malformaciones de la vagina.
- 2.- Conocer el grupo de edad más frecuente.
- 3.- Conocer la sintomatología de presentación más frecuente.
- 4.- Determinar el tratamiento establecido.

## **METODOLOGIA**

Se efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de la CLINICA DE GINECOLOGIA ENDOCRINA, ANOMALIAS DEL APARATO FEMENINO Y ESTADOS INTERSEXUALES, del Hospital de la Mujer en el periodo comprendido de 1991 a 1995.

Se realizó la revisión de los expedientes de todas las pacientes con diagnóstico de quiste del conducto de Gartner, obteniendo los datos del departamento de estadística y archivo clínico de dicho hospital.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- 1.- Todas las pacientes con diagnóstico de malformaciones de la vagina.
- 2.- Todas las pacientes con tumoraciones en la pared vaginal.

## **CRITERIOS DE ELIMINACION**

1.- Todas las pacientes en las cuales no se confirmó histológicamente quiste del conducto de Gartner.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

Se tomaron en cuenta los siguientes parámetros :

- a) Total de casos reportados con malformaciones vaginales en el periodo de 1991 a 1995.
- b) Edad de la paciente.
- c) Cuadro clínico.
- d) Tratamiento.
- e) Reporte histopatológico.

Posteriormente se hizo un análisis de todos los resultados y se representaron en gráficas, expresando a la vez las conclusiones.

**RESULTADOS :**

En un periodo de cinco años (1991-1995) se revisaron 69 expedientes. , de los cuales se encontraron las siguientes malformaciones :

- 1.- AUSENCIA CONGENITA DE VAGINA 32 CASOS.
- 2.- TABIQUE VAGINAL TRANSVERSAL PARCIAL 12 CASOS.
- 3.- TABIQUE VAGINAL TRANSVERSAL COMPLETO 10 CASOS.
- 4.- TABIQUE VAGINAL LONGITUDINAL 8 CASOS.
- 5.- QUISTES DEL CONDUCTO DE GARTNER 5 CASOS.
- 6.- HIMEN IMPERFORADO 2 CASOS.

De los cinco casos del quiste del conducto de Gartner, la edad de las pacientes fue de 33 años 2 pacientes, de 28 años 1, de 30 años 1 y de 32 años 1 paciente.

## **RESULTADOS**

<b>CASOS</b>	<b>EDAD</b>	<b>CUADRO CLINICO</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>TAMAÑO</b>	<b>REP. PATOLOGIA</b>
1	30 AÑOS	ASINTOMATICO	EXTIRPACION	3 X 3 cm.	Q.C.G.
2	32 AÑOS	DISPAREUNIA	EXTIRPACION	5 X5 cm.	Q.C.G.
3	33 AÑOS	ASINTOMATICO	EXTIRPACION	2 X 3 cm.	Q.C.G.
4	28 AÑOS	ASINTOMATICO	MARZUPIALIZACION	2 X 2 cm.	Q.C.G.
5	33 AÑOS	ASINTOMATICO	EXTIRPACION	2 X 2 cm.	Q.C.G.

**El cuadro clínico fue de 4 casos asintomáticos, con un tamaño del quiste de 2X2 en 3 casos y 1 caso de 3X3 cm. Solamente en una paciente el cuadro clínico se manifestó por dispareunia, resultado de un quiste de 5 X 5 cm.**

**El tratamiento realizado fue extirpación del quiste en 4 casos y en un caso se utilizó la marsupialización.  
( Cuadro 1)**

**El resultado de patología reportó en todos los casos como quistes del conducto de GARTNER, sin especificar la estirpe o línea celular.**

## FOTOGRAFÍAS



QUISTE DEL CONDUCTO DE GARTNER  
PARED VAGINAL LATERAL.

## FOTOGRAFÍAS



**QUISTE DEL CONDUCTO DE GARTNER  
DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR**

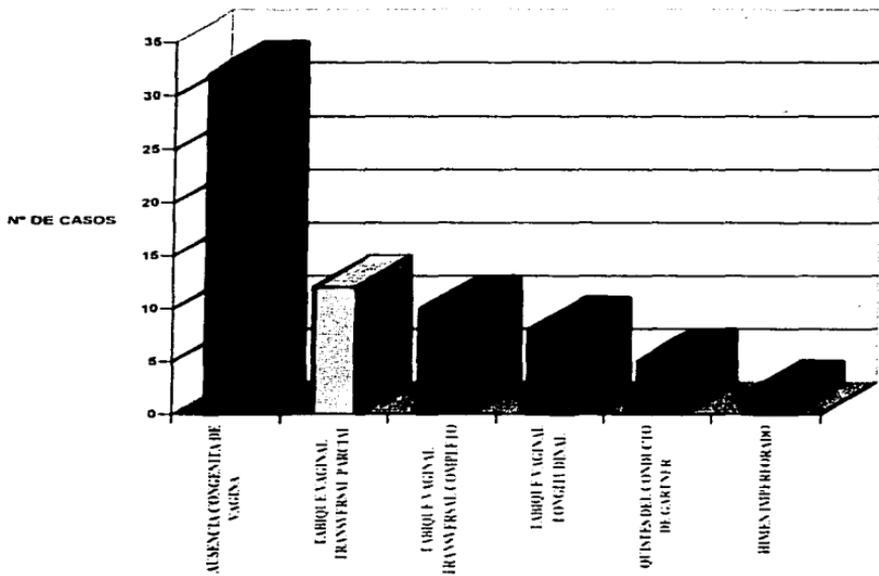
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA 19



**QUISTE DEL CONDUCTO DE GARTNER  
DE LA PARED VAGINAL LATERAL.**

## MALFORMACIONES CONGENITAS VAGINALES

### GRAFICA 2



## **DISCUCION.**

En los varones, la sustancia inhibidora mülleriana producida por los testículos en desarrollo provocó la regresión de los conductos de Müller. Paralelos a estos se encuentran los conductos de Wolff (mesonéfricos), que formarán en ellos el epididimo y los conductos deferentes.

En las mujeres, los conductos mesonéfricos involucionan, si bien pueden persistir algunos restos hasta la edad adulta, en forma de inclusiones epiteliales situados alrededor del hilio ovárico y el mesosálpinx, a las que se denomina respectivamente epioóforo y paraóforo. Si persite la porción inferior lo hacen en forma de restos epiteliales en las paredes laterales de la vagina. A veces estos restos producen en la vagina quistes conocidos como quistes del conducto de Gartner.

Los quistes del conducto de Gartner son relativamente frecuentes y aparecen a lo largo de las paredes laterales de la vagina, como derivados de restos wolffianos. Son quistes de uno a dos centímetros de diámetro, submucosos y tienen un contenido líquido. En raras ocasiones pueden llegar a medir 5 ó 6 cm. El epitelio que los reviste es a veces cúbico y a veces cilíndrico ó incluso transicional. Es frecuente encontrar mezclas de varios tipos epiteliales.

**En el presente estudio es concluyente que la incidencia de los quistes del conducto de Gartner, es muy baja, y así lo demuestra la literatura mundial. A la misma vez, se han reportado casos aislados de la presencia de éstos quistes con alguna otra malformación del sistema urinario, y es explicable por la formación embriológica que tienen en común éstos dos aparatos. Aunque en éste estudio no se demostraron ó no se encontraron alteraciones ya mencionadas, no se descarta la posibilidad que si lo pudiera haber.**

**Como se pudo demostrar efectivamente éstos quistes cursan asintomáticos en el 80% de los casos, solamente por compresión mecánica el 20% se manifestó con dispareunia. Por la misma razón, éstos solo son hallazgos en una exploración ginecológica, y es así como lo manifiesta la literatura universal.**

**Los quistes del conducto de Gartner, no representan problema alguno en la vida reproductiva, social y sexual de la paciente. Únicamente, cuando éstos crecen más de 4 cm, es cuando se presenta la sintomatología de tipo mecánico de tipo obstructivo.**

**Aunque la incidencia de los quistes del conducto de Gartner es baja, no debemos dejar de pensar que la presencia de éstos pueden encontrarse en cualquier exploración ginecológica que realicemos.**

## **CONCLUSIONES**

**La incidencia de los quistes del conducto de Gartner fue de 7.2% con respecto a otras malformaciones de la vagina.**

**El promedio de edad de la paciente fue de 31.2%. Siendo la de menor edad de 28 años y la de mayor edad de 33 años.**

**En el 80% de los casos reportados, la presentación clínica fue asintomática y descubierta como hallazgo en una exploración ginecológica. Y en el 20% restante se manifestó con dispareunia, esto debido al gran tamaño del quiste.**

**En el 80% de las pacientes ó de los casos reportados, el tratamiento de elección fue la extirpación del quiste, con una incisión en huso de la pared vaginal, disecando el colgajo vaginal y ligando con buena hemostásia la base del quiste. Y en el 20% restante se utilizó la técnica de marzupialización ; que es lo que la literatura indica como nuevo método para disecar dichos quistes.**

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Tratado de endocrinología  
4ta. Edición en español, Williams, R. H.  
Salvat editores. Barcelona, 1989, pag. 560.
  
- 2.- El desarrollo humano  
Moore, K. L. 2da. Edición.  
Editora W. B. Saunders Co. Philadelphia 1989, pag. 237.
  
- 3.- Patología estructural y funcional  
Cotran Fumar Robbins. Vol II, 4 ta edición.  
Pag. 1184 y 1194.
  
- 4.- Gartner's duct cyst with a single vaginal ectopic ureter associated renal dysplasia or agenesis.  
Rosenfeld-DL ; Lis-E.  
Department of Radiology, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School. New Brunswick.  
J-Ultrasound Med. 1993 Dec ; 12 (12) : 775-8
  
- 5.- Renal hypoplasia, Gartner's duct cyst and imperforated hemivagina : report of a case.  
Sheih-CP ; Lu-WT ; Liao-YJ ; Liang-YH.  
Department of Pediatric Nephrology, Taipei Municipal Women and Children's Hospital.  
Taiwan, R. O. C.  
J-Formos- Med-Assoc. 1994 Jun ; 93(6) : 531-3

- 6.- The in vivo roles of müllerian-inhibiting substance.**  
**Behringer-RR**  
Department of molecular genetics, University of Texas  
M.D.  
Anderson Cancer Center. Houston 77030  
Curr-Top-Dev-Biol. 1994 ; 29 : 171-87
- 7.- An ectopic ureter with communication to the duct of Gartner and opening into the cervix-a rare cause of the duct of Gartner and opening into the cervix a rare cause of uncontrolled urine.**  
**Authuber-C ; Bauerfeind-I ; Baretton-GiB**  
Frauenklinik in Linikum Grosshadern. Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland.  
Gynakol-Geburtshilfliche-Rundsch. 1994 ;  
34 (4) : 228-31.
- 8.- Are the wolffian anomalies in males phenotype corresponding to müllerian anomalies in females ?**  
**Zlotogora-J**  
Department of human Genetics, Hadassah Medical Center, Hebrew University, Jerusalem Israel.  
Am-J-Med-Genet. 1993 Feb 15 ; 45 (4) : 468-70.
- 9.- Simultaneous occurrence of renal agenesis, uterus bicornis Gartner's duct cyst and blind ending duplication the ureter case report.**  
**Rademaker-J**  
Institute of Radiology, Medical University Lubeck, Germany.  
Scand-J-Urol-Nephrol. 1994 Jun ; 28(2) : 183-5.

- 10.- Malignant female anexal tumor of probable wolffian origin with review of the literature.**  
Daya-D  
Department of Patology, McMaster University,  
Hamilton, Ontario Canada.  
Arch-Pathol-Lab-Med. 1994 Mar, 118 (3) : 310-2.
- 11.- Paraovarian fibroma with heterotopic bone formation of probable wolffian origin.**  
Terada-S ; Suzuki-N ; Uchide-K  
Department of Obstetrics and Gynecology, Kanazawa University, School of Medicine, Japan.  
Gynecol-Oncol. 1993 ; 50 (1) : 115-8.
- 12.- Paravaginal female anexal tumor of probable wolffian origin.**  
Daya-D ; Murphy-J ; Simon-G.  
Department of Patology, McMaster University,  
Hamilton, Ontario Canada.  
Am-J-Clin-Pathol. 1994 Mar ; 101 (3) : 275-8
- 13.- Involution of the Wolffian duct in the mona.**  
Jirsova-Z ; Vernerova-Z  
Department of Histology and Embriology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University, Praha, Czech Rep.  
Funct-Dev-Morphol. 1993 ; 3 (3) : 205-6.

**14.- Female adnexal tumour of probable wolffian origin : a clinicopathological and immunohistochemical study of three cases.**

**Rahilly-MA ; Williams-AR ; Krausz-T.**

**Department of pathology, University Medical School,  
Histopathology. 1995 Jan ; 69-74.**

**15.- Müllerian- Inhibiting substance function during mammalian sexual development.**

**Behringer-RR ; Finegold-MJ ; Cate-RL.**

**Department of molecular Genetics, University of Texas,  
M.D .**

**Anderson Cancer Center, Houston.**

**Cell. 1994 Nov. 4 ; 79 (3) : 415-25.**

**16.- Pregnancy and Gartner's duct cyst association**

**Behringer-RR**

**Department of Gynecology and Obstetrics, Center**

**Hopsitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.**

**Acta- Obstet- Gynecol- Scand. 1993 May ; 72(4) :314-6**